



LA RESPONSABILITÀ PENALE DEL MEDICO IN RELAZIONE ALL'OMESSA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Cecilia Ascani

Abstract

[The criminal liability of the physician in relation to the failure differential diagnosis] Integrates the offense of manslaughter the conduct of the doctor who, in the presence of a suitable symptoms to pose a differential diagnosis, fails to execute or carry out checks and investigations dutiful purpose of a correct formulation of the prognosis remaining, however, in the mistaken initial diagnostics position. Neither it will apply the limitation of liability for slight negligence, provided for in article 3 d.l. 13th September 2012, n. 158 (law 8th November 2012, n. 189), where the conduct of the physician prove unequal than the "best practices" would have required to do in this case.

In the decision under review, the Court deals with many issues already beaten in the field of medical liability, namely the criteria to be followed in cases where the care of the patient follow each different parties operating a health workers, the diagnostic relevance of the error, omission offense and assessment causal link with the death event, as well as profiles of culpable responsibility in the medical field as a result of the introduction of law number 189 of 2012 or Law Balduzzi, as well as the latest Law Gelli-Bianco.

Key Words:

Criminal law, health, slight negligence, medical liability, differential diagnosis

Vol. 4 (2017)





La responsabilità penale del medico in relazione all'omessa diagnosi differenziale

Cecilia Ascani

Nota a Cassazione penale, Sez. V, 5 maggio 2016 (ud. 3 febbraio 2016), n. 18895 – Pres. Vessichelli – Rel. Guardiano

Conforme: Cass., Sez. IV del 22 marzo 2013, n.13542, Cass. Sez. IV, 24 gennaio 2005, Rv. 231535; Cass. Sez. IV, 16 luglio 2006, Rv. 234971; Cass. Sez. IV, 11 ottobre 2007, Rv. 237891.

La motivazione della sentenza in epigrafe

La Corte di Appello di Milano, in parziale riforma della sentenza del tribunale di Pavia, condannava due medici specializzati in neurologia per avere, in cooperazione colposa tra loro, causato l'interruzione della gravidanza di una paziente, successivamente deceduta per le conseguenze derivanti da un medulloblastoma cerebellare non diagnosticato, cui conseguiva la morte dei due feti della donna, che non erano stati estratti in un momento in cui erano ancora sani. Con loro veniva, altresì, condannata la dott.ssa B., responsabile del reparto di ginecologia e assolta nella prima fase del giudizio.

Avverso tale sentenza, di cui chiedono l'annullamento, hanno proposto tempestivo ricorso per cassazione i predetti imputati.

Ritiene il collegio di dovere rigettare i ricorsi presentati nell'interesse della M. e della C., mentre va accolto, nei sensi di cui dirà in motivazione, il ricorso presentato nell'interesse della B.

Prima di affrontare le posizioni delle singole ricorrenti, appare opportuno ribadire alcuni consolidati principi in tema di responsabilità da colpa medica, fatti propri dalla giurisprudenza di legittimità, a partire dai criteri che devono seguirsi nel caso in cui nella cura di un paziente si siano susseguiti, come nel caso in esame, diversi soggetti, esercenti una professione sanitaria.

Come è stato affermato in tema di colpa professionale, qualora ricorra l'ipotesi di cooperazione multidisciplinare, ancorché non svolta contestualmente, ogni sanitario è tenuto, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche

· Cecilia Ascani è dottore di ricerca in Diritto penale presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Urbino Carlo Bo.
Mail: cecilia.ascani@uniurb.it

mansioni svolte, all'osservanza degli obblighi derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune e unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio a errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

Né può invocare il principio di affidamento l'agente che non abbia osservato una regola precauzionale su cui s'innesti l'altrui condotta colposa, poiché allorquando il garante precedente abbia posto in essere una condotta colposa che abbia avuto efficacia causale nella determinazione dell'evento, unitamente alla condotta colposa del garante successivo, persiste la responsabilità anche del primo in base al principio di equivalenza delle cause, a meno che possa affermarsi l'efficacia esclusiva della causa sopravvenuta, che deve avere carattere di eccezionalità e imprevedibilità, ciò che si verifica solo allorquando la condotta sopravvenuta abbia fatto venire meno la situazione di pericolo originariamente provocata o l'abbia in tal modo modificata da escludere la riconducibilità al precedente garante della scelta operata (cfr., ex plurimis, Cass., sez. 4, 26.10.2011, n. 46824; rv. 252140; Cass., sez. 4, 6.2.2015, n. 30991, rv. 264315; Cass., sez. 4, 5.5.2015, n. 33329, rv. 264366).

Con particolare riferimento al tema centrale del presente giudizio, rappresentato dall'omessa diagnosi della patologia neurologica di origine tumorale da cui era affetta la Q.I., va, altresì, rilevato che in tema di colpa professionale medica, l'errore diagnostico si configura non solo quando, in presenza di uno o più sintomi di una malattia, non si riesca a inquadrare il caso clinico in una patologia nota alla scienza o si addivenga a un inquadramento erraneo, ma anche quando si ometta di eseguire o disporre controlli e accertamenti doverosi ai fini di una corretta formulazione della diagnosi (cfr. Cass., sez. 4, 14.02.2013, n. 13542), in modo da individuare la terapia più confacente al caso. Di conseguenza, ove il sanitario si trovi di fronte a una sintomatologia idonea a porre una diagnosi differenziale, la condotta è colposa quando non vi si proceda, mantenendosi nell'erronea posizione diagnostica iniziale. E ciò vale non soltanto per le situazioni in cui la necessità della diagnosi differenziale sia già in atto, ma anche quando è prospettabile che vi si debba ricorrere nell'immediato futuro, a seguito di una prevedibile modificazione del quadro o della significatività del perdurare del quadro già esistente (cfr. Cass., sez. 5, 4.7.2014, n. 52411, rv. 261363; Cass., sez. 4, 27.9.2011, n. 37043; Cass., sez. 4, 12.7.2011, n. 34729, rv. 251348; Cass., sez. 4, 29.11.2005, n. 4452, rv. 233238).

(OMISSIS)

Nella colpevole sottovalutazione degli evidenziati profili sintomatici si concretizza, dunque, in tutta evidenza, la violazione da parte della M. dei principi in tema di obbligo di diagnosi differenziale, sintetizzati nella pagine precedenti, che, ove rispettati, avrebbero imposto quegli accertamenti diagnostici (che secondo le indicazioni provenienti dai periti, su cui si sofferma specificamente, condividendole, la corte territoriale, erano compatibili con le condizioni di salute della Q.: cfr. pp. 18 e 19), in grado di rivelare lo stato di ipertensione endocranica di origine tumorale da cui la paziente era affetta, consentendo, attraverso un tempestivo intervento chirurgico, la salvezza dei feti, che, come già detto, secondo i periti potevano essere estratti con il parto cesareo vivi in un momento molto prossimo alla morte.

Pertanto, tenuto conto che il decesso intervenne alle ore cinque circa del mattino del (OMISSIS), può concordarsi con la valutazione operata dai giudici di merito, secondo cui, sia la M., che, come si vedrà in seguito, la C., intervennero in un momento,

rispettivamente il 25 dicembre e il 2 gennaio, in cui ci sarebbe stato tutto il tempo per salvare i feti, se si fosse proceduti a una corretta diagnosi.

(OMISSIS)

Infondata, infine, deve ritenersi anche la prospettazione difensiva volta a ottenere l'applicazione in favore della M. della clausola di esonero dalla responsabilità prevista, in casi di colpa medica, dall'art. 3 del citato "decreto Balduzzi".

E invero, come affermato dall'orientamento dominante nella giurisprudenza di legittimità, in tema di responsabilità medica, la limitazione della responsabilità in caso di colpa lieve, prevista dal *D.L. 13 settembre 2012, n. 158, art. 3*, (conv., con mod., dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189*), operando soltanto per le condotte professionali conformi alle linee guida, non si estende agli errori diagnostici connotati da negligenza o imprudenza, perché le linee guida contengono solo regole di perizia (cfr., ex plurimis, Cass., sez. 4, 20.3.2015, n. 16944, rv. 263389; Cass., sez. 4, 27.4.2015, n. 26996, rv. 263826; Cass., sez. 4, 4.12.2013, n. 5460, rv. 258846; Cass., sez. 4, 24.1.2013, n. 11493, rv. 254756)

Nemmeno può condividersi, l'assunto difensivo, secondo cui, in assenza di linee-guida o di protocolli specifici, soccorre la "*best practice*" metodologica consolidata, alla quale la M. si sarebbe scrupolosamente attenuta.

L'eventuale mancanza di linee guida, infatti, non impedisce l'indagine giudiziale sul nesso causale, perché in mancanza di linee guida, occorrerà fare comunque riferimento, per l'appunto, alle virtuose pratiche mediche o, in mancanza, alle corroborate informazioni scientifiche di base, con la conseguenza che quanto maggiore sarà il distacco dal modello di comportamento, tanto maggiore sarà la colpa del sanitario (cfr. Cassazione penale, sez. 4, 29/01/2013, n. 16237, rv. 255105).

Né va taciuto l'allora consolidato principio, secondo cui, in tema di colpa professionale, una volta che un paziente si presenti presso una struttura medica, chiedendo l'erogazione di una prestazione professionale, il medico, in virtù del "contatto sociale", oggi ricostruita in termini di responsabilità extra contrattuale con la legge Gelli-Bianco, assume una posizione di garanzia della tutela della sua salute e anche se non può erogare la prestazione richiesta deve fare tutto ciò che è nelle sue capacità per la salvaguardia dell'integrità del paziente (cfr., ex plurimis, Cass., sez. 4, 2.12.2011, n. 13547, rv. 253293; Cass., sez. 4, 4.3.2009, n. 10819, rv. 243874), innanzitutto diagnosticando con precisione la patologia da cui è affetto, anche in presenza di una situazione complessa, che, certo, non può giustificare l'inerzia del sanitario o il suo errore diagnostico (ad eccezione dei casi di colpa lieve previsti dalla *L. 8 novembre 2012, n. 189, art. 3*).

Orbene che la colpa della M. non possa considerarsi lieve lo si desume dalla circostanza che la sua condotta non è stata conforme alle "buone pratiche", che, in relazione alla concrete circostanze della vicenda e tenuto conto della specifica competenza professionale dell'imputata, avrebbero dovuto imporre, secondo i criteri propri della diagnosi differenziale, gli ulteriori accertamenti diagnostici indicati dai periti, risultando, dunque, talmente intensa la misura, sia della divergenza tra la condotta effettivamente tenuta dalla M. e quella che era da attendersi da lei, sia del rimprovero personale che le può essere mosso sulla base delle sue specifiche conoscenze mediche (cfr. Cass., sez. 5, 13.11.2013, n. 660, rv. 258423; Cass., sez. 4, 8.5.2015, n. 22405, rv. 263736), da non potere integrare il suo errore diagnostico gli estremi della colpa lieve, riconosciuta, invece, in favore della dottoressa Ma., proprio perché quest'ultima ha improntato la sua condotta ai criteri propri della diagnosi differenziale.

Identiche considerazioni, sulla violazione degli obblighi inerenti alla posizione di garanzia (assunta all'atto del suo intervento, verificatosi in data 2 gennaio 2010, su

richiesta della dottoressa Be., a fronte di un evidente aggravamento delle condizioni di salute della paziente, dopo un breve miglioramento), in termini di ingiustificabile errore diagnostico, valgono per la posizione della dottoressa C., nei cui confronti è possibile muovere un rimprovero in termini ancora più severi, rispetto alla colpa addebitabile alla M., perché, quando intervenne, erano ancora più evidenti i sintomi che avrebbero dovuto imporre una diagnosi differenziale.

Per questi motivi la cassazione annulla la sentenza impugnata nei confronti di B.L., con rinvio al giudice civile competente per valore in grado di appello.

Della cooperazione disciplinare

In merito ai limiti di rilevanza penale della cd. cooperazione disciplinare svolta in fasi temporali distinte - diversamente si rientrerebbe nella classica ipotesi di responsabilità da *équipe* medica – la Corte richiede il rispetto di canoni di diligenza e di prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte nonché all'osservanza degli obblighi derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso l'unico fine comune. Da ciò consegue che ogni soggetto chiamato a intervenire dovrà conoscere e valutare l'attività svolta precedentemente e simultaneamente dai colleghi, anche qualora costui sia un operatore specializzato in altro ramo della medicina e dovessero emergere errori altrui, evidenti e non strettamente settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

Contrariamente a quanto espresso in dottrina sul punto¹ la quinta sezione della Cassazione ha ritenuto non invocabile il principio di affidamento da parte dell'agente che abbia omesso di osservare una regola precauzionale su cui si sia innestata l'altrui condotta colposa. Qualora, infatti, ambedue le condotte colpose abbiano avuto efficacia causale nella realizzazione dell'evento, persiste la responsabilità del primo operatore in virtù dell'applicazione del principio di equivalenza delle cause a eccezione del caso in cui si possa individuare l'efficacia esclusiva di una causa sopravvenuta contraddistinta dai caratteri dell'eccezionalità e dell'imprevedibilità. Ciò può dirsi quando la condotta sopravvenuta, in un quadro di "parcellizzazione" dell'agire medico², sia stata capace di eliminare la situazione di pericolo innescata dal primo operatore ovvero abbia modificato la situazione preesistente tanto da escluderne la riconducibilità causale alla scelta effettuata dal primo sanitario. Il principio trova puntuale applicazione nell'ambito della responsabilità in *équipe* relativamente ai casi che vedono il coinvolgimento nell'attività di cura di medici portatori di diverse competenze specialistiche. Il principio di affidamento ivi consente a ciascun professionista di concentrarsi sui compiti affidatigli, confidando legittimamente (incolpevolmente) che gli altri specialisti si comportino in modo appropriato. Lo stesso principio consente di conferire all'obbligo di diligenza e di perizia gravante su ciascun agente una dimensione "umana", concretamente esigibile, conforme al carattere personale della responsabilità penale e al

¹ M. Mantovani, *Il principio di affidamento nella teoria del reato colposo*, Milano, 1997. Sul punto l'autore afferma come nell'ipotesi in cui la condotta del singolo operatore sanitario si sovrapponga a quella di altri sanitari, il canone di diligenza cui attenersi nel caso concreto dovrà far riferimento al cd. "principio di affidamento", in forza del quale ogni soggetto potrà sempre fare affidamento sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle *leges artis* anziché ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui.

² V. Fineschi, *Res ipsa loquitur: un principio in divenire nella definizione della responsabilità medica*, in *Riv. It. Med. Legale*, 1989, 419 ss.

contempo impronta a criteri di razionalità ed efficienza l'organizzazione di attività complesse, che recano una relazione intersoggettiva multispecialistica³.

Gli ermellini non hanno mai dato segno di particolare apprezzamento all'idea di separazione, di limitazione della responsabilità sottesa al principio di affidamento e hanno in più occasioni rimarcato come ciascun professionista, oltre ad agire con competenza e prudenza nell'ambito specificamente demandatogli, non possa esimersi dal curare gli aspetti dell'atto medico che riguardino il comune coinvolgimento verso l'unico fine di cura del paziente⁴. Di conseguenza, ciascun medico non potrà isolarsi del tutto nel suo agire, ma dovrà altresì considerare e valutare l'attività dei colleghi. Tale ripetuta enunciazione, che sembra svilire il contenuto del principio di affidamento, viene subito però stemperata con l'affermazione, pure ricorrente, che tale obbligo di controllo di attività poste in essere da specialisti di altre discipline si configura solo in presenza di errori evidenti e non settoriali, come tali rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista ordinario. È interessante notare, per i riflessi sul tema esaminato nell'ambito del presente giudizio, che in alcune pronunzie la Corte Suprema ha più o meno esplicitamente evidenziato che il coinvolgimento di diverse figure nell'atto medico costituisca un fattore di razionalità e sicurezza, ma anche possibile fonte di un rischio aggiuntivo, distinto da quello connesso all'attività medica monosoggettiva. Tale approccio della giurisprudenza può essere letto in chiave di pieno riconoscimento del principio di affidamento ma viene altresì limitato alle ipotesi in cui siano presenti altrui errori evidenti e non specialistici, tali cioè da poter essere governati dalla competenza del professionista dotato delle comuni competenze.

L'obbligo di diagnosi differenziale

Con riguardo al tema dell'omessa diagnosi della patologia neurologica di origine tumorale da cui era affetta la paziente deceduta, gli ermellini hanno evidenziato come, in tema di colpa medica, l'errore diagnostico possa configurarsi qualora, in presenza di uno o più sintomi di una malattia, il caso clinico non venga inquadrato in una patologia nota alla scienza ovvero venga ricondotto a erroneo inquadramento, e altresì, quando «*si ometta di seguire o disporre controlli e accertamenti doverosi ai fini di una corretta formulazione della diagnosi [...] in modo da individuare la terapia più confacente al caso*».

In applicazione di questo principio, andrà considerata come colposa la condotta del sanitario che, in presenza di una sintomatologia idonea a porre una diagnosi differenziale, ometta di procedere in tal senso e rimanga nell'erronea posizione diagnostica iniziale. Proseguendo nel suo ragionamento la Corte ha chiarito come l'omessa diagnosi differenziale assumerà rilevanza penale anche qualora essa sia

³ Cass. pen. Sez. IV, 8 ottobre 2009 – 04 dicembre 2009, n. 46741. Per una diversa lettura del principio di affidamento la IV sezione della cassazione, in questo caso chiamata a pronunciarsi su di un caso di morte conseguente a sinistro stradale. In estrema sintesi: l'imputato aveva lentamente avviato la manovra di svolta per accedere all'area di servizio, dopo che il traffico veicolare nell'opposto senso di marcia si era bloccato. La ciclomotorista, al contrario, non solo sorpassava scorrettamente sulla destra la colonna ferma, ma ometteva di fermarsi o rallentare, conformandosi alla condotta degli altri utenti, in un contesto (l'impianto di distribuzione di carburanti) in cui tutto lasciava presagire una manovra del tipo di quella posta in essere dall'imputato, propiziata dalla fermata dell'autoarticolato. In tale situazione di fatto è apparso adeguatamente supportato da un giudizio di "ragionevole imprevedibilità" della condotta di guida della vittima.

⁴ Cass. Sez. IV, 24 gennaio 2005, Rv. 231535; Cass. Sez. IV, 16 luglio 2006, Rv. 234971; Cass. Sez. IV, 11 ottobre 2007, Rv. 237891.

prospettabile nell'immediato futuro, a causa di una prevedibile modificazione del quadro clinico o della significatività del perdurare del quadro già esistente e non solo nelle ipotesi di diagnosi immediata.

Così come già affermato dalla sezione IV della medesima Corte, con sentenza n. 13542 del 22 marzo 2013, l'errore diagnostico può configurarsi anche qualora si sia mancato di eseguire o disporre controlli e accertamenti doverosi da parte del professionista incaricato, in virtù degli obblighi scaturenti dalla posizione di garanzia rivestita, escludendo pertanto che tale responsabilità scatti nelle sole ipotesi di mancata sussunzione del caso clinico prospettato in una patologia nota⁵.

Per chiarezza espositiva appare doveroso ricordare come, nel momento in cui viene posta una cd. diagnosi differenziale, la condizione mentale in cui si trova il sanitario è quella per cui la causa del quadro sintomatologico potrebbe essere ricondotta a *x* oppure a *y*, ma anche a *z* o a *v*. In questa circostanza l'identificazione della malattia è – o meglio dovrebbe essere – la tappa di approdo di un percorso intellettuale che procede per esclusione; la sua individuazione avverrà pertanto una volta eliminate le ipotesi alternative, mediante l'esame del paziente e il contestuale svolgimento delle opportune indagini strumentali.

Non poche le difficoltà cui deve far fronte il sanitario in questo tipo di situazioni. Basti pensare al paziente che presenti un quadro paucisintomatico⁶ e vi sia pertanto l'esigenza di evocare uno o più segni clinici, oppure alla diversa ipotesi del paziente che manchi di riferire un sintomo invece importante⁷. Gli incasellamenti diagnostici possono talvolta risultare notevolmente discutibili e risolversi in una mera etichetta nosografica. L'inserimento in una piuttosto che in un'altra categoria talvolta può non avere rilevanti conseguenze sul piano terapeutico; spesso accade invece che, per diagnosi corretta, s'intenda quel particolare passaggio indispensabile per stabilire la terapia idonea da adottarsi per il caso concreto; in ipotesi come quest'ultima all'errore diagnostico consegue l'errore terapeutico e a cascata quello prognostico⁸.

Volgendo la sua attenzione verso le posizioni delle odierne ricorrenti, la quinta sezione ha escluso fin dal principio ogni possibilità di dubbio circa l'esistenza di un nesso causale tra l'omessa corretta diagnosi e la realizzazione dell'evento morte dei due feti. Dall'esame svolto dai periti della Corte territoriale era infatti emerso che questi avevano raggiunto «*un'epoca di sviluppo caratterizzata da alta probabilità di sopravvivenza e che la tempestiva diagnosi del tumore avrebbe consentito il trattamento della patologia ed estrazione dei due feti con taglio cesareo*».

⁵ La Corte di Cassazione ha, pur annullando senza rinvio la sentenza impugnata per inutile decorso del termine prescrizione, ritenuto colpevole di omicidio colposo un medico pneumologo per aver formulato una diagnosi errata senza attendere e visionare gli esiti dei riesami cardiologici, che erano stati prescritti e che erano già disponibili alla data della seconda visita, in palese violazione del dovere che grava sul singolo esercente la professione sanitaria, rispetto all'effettuazione della valutazione diagnostica.

⁶ Intendendosi quello stato patologico che presenta pochi e lievi segni o disturbi. Il termine viene generalmente utilizzato per indicare la scarsità di sintomi con cui si manifesta una determinata malattia o condizione anomala, rappresenta condizione iniziale tipica di tante patologie e per questa ragione costituisce un grande limite alla cura e al trattamento delle stesse.

⁷ P. Piras, *La diagnosi differenziale in medicina: principi giurisprudenziali*, Nota a Cass. Pen. Sez. IV 12 luglio 2011 – 26 settembre 2011, n. 34729, *Diritto Penale Contemporaneo*, 2012.

⁸ Nelle pronunce oggetto di annotazione l'omessa diagnosi di un'embolia polmonare impediva la somministrazione di un antiaggregante, mentre nel secondo caso l'omesso ricovero ospedaliero impediva il necessario trattamento neurochirurgico dell'emorragia cerebrale in atto.

Il profilo di responsabilità in capo alle due imputate C. e M. è stato pertanto ravvisato nell'errore diagnostico in cui sono incorse e che ha impedito la realizzazione dell'unica azione capace di salvare i due feti prima del decesso, ossia la loro estrazione mediante parto cesareo.

Non viene ravvisato alcun vizio di motivazione nella decisione della Corte territoriale che, nel dare adesione alle conclusioni del perito d'ufficio, ne aveva, altresì, svolto una critica valutazione, tenendo in debita considerazione le valutazioni fatte dai consulenti di parte. A ulteriore conferma di ciò si è evidenziato come mancassero, tra le ragioni del ricorso, alternativi profili medico-scientifici idonei a dimostrare l'erronea ricostruzione del nesso causale tra l'operato dei due medici e il successivo decesso della gestante.

L'indagine è proseguita, pertanto, concentrandosi sulle autonome posizioni di garanzia rivestite dalle due ricorrenti e ponendo alla base del ragionamento le conclusioni cui sono giunti i periti d'ufficio quale dato scientifico incontestato nonché incontestabile, ossia che i ripetuti episodi di vomito, in presenza di una cefalea, soprattutto se "importante" e ripetuta, come quella che aveva aggredito la paziente, potevano essere sintomatici di una patologia di ipertensione endocranica, non necessariamente di origine neoplastica.

Reato omissivo e accertamento del nesso causale

Ad avviso della Suprema Corte, e come in parte già anticipato, non si ravvisa alcun dubbio circa l'esistenza del nesso causale *«tra l'omessa corretta diagnosi ed il verificarsi dell'evento letale»* ossia la morte dei due feti su cui hanno espresso – in termini categorici – la loro valutazione i periti nominati dalla Corte d'Appello di Milano. Questi ultimi avevano infatti appurato che *«i due feti avevano raggiunto un'epoca di sviluppo caratterizzata da un'alta probabilità di sopravvivenza, addirittura senza esiti, tenuto conto che era stata praticata profilassi della sindrome da stress respiratorio, ed è documentato il loro stato di benessere fisico fino ad un momento molto prossimo al decesso, la tempestiva diagnosi del tumore avrebbe consentito il trattamento della patologia e l'estrazione dei due feti ancora in vita con taglio cesareo»*⁹. A nulla sono serviti i tentativi delle due imputate volti a contestare il vizio di motivazione della sentenza di secondo grado nella parte in cui avrebbe preso in considerazione profili medico-scientifici di cui però non è stata rilevata alcuna traccia tra i motivi di ricorso; solo questi, infatti, avrebbero potuto dimostrare la fallacia di quanto affermato dai periti d'ufficio circa l'esistenza o meno del nesso causale. Una volta chiarita questa carenza dei motivi di ricorso, la Suprema Corte è tornata a occuparsi delle singole posizioni di garanzia ricoperte dalle due sanitarie i cui ricorsi sono stati rigettati, mentre ha ritenuto di dovere accogliere il ricorso presentato nell'interesse della dott. ssa B., medico ginecologo, che il giudice di primo grado aveva assolto per non aver commesso il fatto. La dott. ssa M. - specialista in neurologia – interveniva su richiesta della ginecologa allarmata dall'importante cefalea, accompagnata da una totale assenza di miglioramenti sintomatologici nel tempo; la dott. ssa C. - anch'essa specialista in neurologia – era chiamata a intervenire successivamente, in un momento che, se solo fosse stata elaborata una diagnosi corretta della patologia in atto, avrebbe consentito di salvare i due feti. Facendo applicazione del criterio controfattuale, al fine di indagare l'esistenza o meno del nesso causale tra le condotte delle suddette imputate e l'evento morte, la

⁹ Pag. 7 della sentenza in commento.

Corte di cassazione ha nuovamente ripercorso il susseguirsi degli eventi di quei giorni. Se la dott. ssa M., anziché confermare la diagnosi di neurite vestibolare e ignorare completamente «*un ulteriore significativo sintomo, la cefalea*» contraddistinta da una particolare intensità – come evidenziato anche dalla stessa specialista ORL nonché dal diario infermieristico – avesse richiesto gli opportuni accertamenti diagnostici, compatibili con le condizioni di salute della Q., sarebbe stato possibile rilevare lo stato di ipertensione endocranica di origine tumorale da cui la paziente era affetta. Ciò avrebbe consentito, mediante un tempestivo intervento chirurgico, di salvare la vita dei due feti.

In un quadro di totale incoerenza e aspecificità, con una diagnosi di neurite vestibolare la cefalea persistente venne completamente ignorata, anziché essere chiaro segnale d'allarme per le specialiste in neurologia odierne ricorrenti. Le medesime considerazioni in tema di violazione della posizione di garanzia vengono mosse in capo alla dott. ssa C. nei cui confronti giunge un rimprovero ancor più severo alla luce del fatto che intervenne in un momento successivo rispetto alla collega coimputata, quando i sintomi erano ancor più evidenti e ancor più impellente era l'obbligo di una diagnosi differenziale. Secondo i periti d'ufficio, quest'ultima avrebbe nuovamente e superficialmente escluso problematiche di interesse neurologico «*in spregio alle risultanze documentali comprovanti la storia clinica della paziente*», i cui sintomi avevano avuto una ben precisa evoluzione che, al momento della visita specialistica, avrebbero dovuto imporre con maggiore evidenza – rispetto al 25 dicembre – l'esigenza di una rinnovata diagnosi differenziale. L'immediato utilizzo di tutti i metodi che la scienza medica mette a disposizione – nello specifico una risonanza magnetica – avrebbe, infatti, permesso di escludere malattie di competenza neurologica e, conseguentemente, correggere l'errata diagnosi iniziale. Tutto quanto sopra detto avrebbe dovuto allarmare la dott. ssa C. una volta preso atto della mancata evoluzione delle condizioni della Q. nel periodo della degenza e di come le brevi fasi di remissione potessero dipendere dall'assunzione della terapia cortisonica che, per sua natura, tende a mascherare e ridurre la sintomatologia neurologica. Per le ragioni di cui si è già detto in precedenza, si è esclusa la possibilità di invocare, a propria discolpa, l'affidamento fatto sulle valutazioni dei medici che l'avevano preceduta nella cura della paziente «*ed in particolare, sulla diagnosi, rivelatasi erronea, della collega M.*»¹⁰. Venendo all'esame della posizione dell'imputata dott. ssa B. – responsabile del reparto di ginecologia – i giudici di legittimità hanno censurato la Corte d'Appello laddove, nell'affermarne la responsabilità agli effetti civili, è venuta meno all'obbligo di motivare in modo specifico e completo le ragioni di riforma della decisione di assoluzione di primo grado con la formula “per non aver commesso il fatto”. Il principio trova piena applicazione anche qualora la riforma della sentenza assolutoria sia fondata su elementi sopravvenuti, non oggetto di valutazione da parte del giudice di primo grado, essendo pur sempre necessario che il giudice d'appello, nelle sue motivazioni, dispieghi una forza persuasiva tale da far superare ogni ragionevole dubbio. La Corte territoriale avrebbe pertanto dovuto spiegare se, alla luce delle competenze professionali della B. in qualità di medico ginecologo, all'atto del suo intervento – in qualità di responsabile del reparto chiamato a consulto sullo stato della paziente – e in presenza di diagnosi in precedenza formulate dagli specialisti della materia, l'errore diagnostico rientrasse comunque nella sua sfera di conoscenza e, pertanto, «*poteva da lei essere emendato con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medico*». Elemento ulteriore di decisiva importanza è ravvisabile nel fatto che l'intervento della dott. ssa B. avvenne solo nel pomeriggio del giorno 3 gennaio alle ore 18:00 e l'evento letale si

¹⁰ Cfr. pag. 12 delle motivazioni della sentenza.

verificò qualche ora dopo del successivo 4 gennaio: la Corte territoriale avrebbe quanto meno dovuto verificare se vi fosse ancora la possibilità di intervenire per salvare i feti.

La colpa del medico: quel che è...

Prendendo in prestito una riflessione svolta su altro profilo della responsabilità medica, possiamo senza dubbio affermare che l'esigenza di una progressiva soggettivizzazione del criterio di competenza è maggiormente impellente nel settore della responsabilità medica per via della sua natura di attività a “rischio intrinseco”, dove il tentativo di demarcare a priori strumenti, compiti e funzioni per la gestione del rischio è pressoché utopistico, senza tenere in debita considerazione la singolarità di ogni caso concreto, la fisiologica variabilità delle specializzazioni ed esperienze, nonché l'esigenza di andare oltre le *leges artis* consolidate facendo talvolta ricorso a forme di sperimentazione¹¹.

La riforma introdotta in materia di colpa professionale del sanitario con la legge n. 189 del 2012, meglio nota come legge Balduzzi, ha sostanzialmente operato una scelta di opportunità di utilizzo dello strumento penale per determinate categorie di condotte, prediligendo il modello civilistico ove queste siano realizzate attenendosi a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, purché sia ravvisabile il mero profilo della colpa lieve. In molti hanno manifestato le loro perplessità¹² circa la formulazione dell'art. 3, definita «*laconica e incompleta*» dalla Cassazione in una delle prime pronunce successive alla sua introduzione¹³. Di lievità della colpa si potrà pertanto parlare solo dopo aver accertato che il sanitario si sia attenuto a quanto previsto e prescritto nelle linee guida¹⁴. Utilizzando una calcante metafora, le due stanze della colpa lieve e del rispetto delle linee guida non sono separate da un corridoio, non hanno accessi separati; pertanto alla stanza della colpa lieve non si accede se non passando prima per la stanza del rispetto delle linee guida. Così come ci si aspetti che avvenga fra

¹¹ A. Vallini, *Colpa medica, concause sopravvenute e competenza per il rischio: qualcosa di nuovo, anzi d'antico*, in *Diritto penale e processo*, 2015, 1537 ss.

¹² G. M. Caletti, *La colpa professionale del medico a due anni dalla Legge Balduzzi*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 1/2015; L. Nocco, *Le linee guida e le “buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica” nella “Legge Balduzzi”: un opportuno strumento di soft law o un incentivo alla medicina difensiva?*, in *Riv. It. medicina legale*, 2013; A. Roiati, *Linee guida, buone pratiche e colpa grave: vera riforma o mero placebo?*, in *Diritto Penale e Processo*, 2013. Non da ultimo Tribunale di Milano che con ordinanza del 21.03.2013 ne ha sollevato questione di illegittimità costituzionale per sospetta violazione degli artt. 3, 24, 35, 27, 28, 32, 33, 111 Cost. ravvisando, nell'art. 3 co. 1 della legge n. 189 del 2012, una norma *ad professionem* che delinea «*un'area di non punibilità riservata esclusivamente a tutti gli operatori sanitari che commettono un qualsiasi reato lievemente colposo nel rispetto delle linee guida e delle buone prassi*».

¹³ Cass. Sez. IV, 29 gennaio 2013 – 9 aprile 2013, n. 16237. La pronuncia in esame trae origine da un intervento chirurgico di ernia discale recidivante, svolto presso una clinica privata, nel corso del quale venivano contestualmente lese la vena arteria e la vena iliaca della paziente, ne conseguiva il ricovero presso una struttura ospedaliera attrezzata. In questa sede si procedeva a un tempestivo intervento vascolare eseguito in laparotomia, l'emorragia insorta causava ugualmente il decesso della paziente. Il medico-chirurgo che aveva eseguito l'intervento veniva all'esito del giudizio di primo grado, con conferma innanzi la Corte d'Appello, reputato colpevole per la sua erronea esecuzione in violazione della regola precauzionale che, al fine di scongiurare la lesione dei vasi, imponeva di introdurre lo strumento chirurgico a una profondità massima di 3 cm. e di evitare una pulizia radicale del disco erniario. Il giudizio della Corte d'Appello riconosceva altresì la colpa omissiva del medico chirurgo per non aver preventivato la possibile lesione dei vasi sanguigni e non aver organizzato l'esecuzione dell'intervento in una clinica per questo attrezzata.

¹⁴ R. Bartoli, *Ancora difficoltà a inquadrare i presupposti applicativi della legge c.d. Balduzzi*, nota a Cass. Pen. Sez. IV, 29 ottobre 2015 (3 febbraio 2016), n. 4468, Ric. Siracusa, in *Diritto Penale e Processo*, 2016, 642 ss.

le stanze di un ospedale ove il paziente entra in sala operatoria solo dopo aver svolto i necessari esami strumentali¹⁵.

Fondamentali indicazioni di ordine metodologico circa la complessa operazione di valutazione del grado della colpa ci vengono, invero, fornite dalla stessa Suprema Corte¹⁶, che con una recente pronuncia, ha chiarito come un primo parametro attenga al profilo riguardante la misura della «*divergenza tra la condotta effettivamente tenuta e quella che era da attendersi sulla base della norma cautelare che si doveva osservare*». Nella misurazione del rimprovero giocheranno un ruolo fondamentale le specifiche condizioni del soggetto nonché il suo grado di specializzazione, senza tralasciare le eventuali condizioni ambientali di particolare difficoltà, in cui l'esercente la professione sanitaria potrà trovarsi a operare. Con una precedente sentenza la Suprema Corte aveva infatti chiarito come, a suo modo di vedere, la novella di cui all'art. 3 non si ponesse in contrasto con l'equilibrio più o meno raggiunto dalla giurisprudenza di legittimità, ma piuttosto lo arricchisse con due “nuovi” elementi, ossia la valorizzazione delle linee guida e delle virtuose pratiche terapeutiche (purché corroborate dal sapere scientifico) e la distinzione tra colpa lieve e colpa grave¹⁷.

Il giudice chiamato a decidere dovrà, pertanto, svolgere una valutazione quanto più accurata di tutti i singoli indicatori, senza tuttavia tralasciare fattori quali: l'accuratezza all'atto dell'effettuazione del gesto clinico, possibili condizioni d'urgenza, l'oscurità del quadro patologico, le difficoltà di cogliere e legare informazioni cliniche, il grado di atipicità o di novità della situazione data e così di seguito, affinché possa essere espressa la conclusiva valutazione sul grado della colpa, ponendo in bilanciamento fattori anche di segno contrario, che ugualmente possono coesistere nell'ambito della medesima fattispecie esaminata, analogamente a quanto avviene nell'ipotesi di concorso di circostanze. La Corte procede nel suo percorso argomentativo, precisando che si può ragionevolmente parlare di colpa grave solo quando si sia in presenza di una considerevole deviazione rispetto “all'agire appropriato”, concetto passibile di ragguardevoli stiracchiamenti, rispetto al parametro dato dal complesso delle raccomandazioni contenute nelle linee guida di riferimento, ossia quando «*il gesto tecnico risulti marcatamente distante dalle necessità di adeguamento alle peculiarità della malattia ed alle condizioni del paziente; e che, all'opposto, quanto più la vicenda risulti problematica, oscura, equivoca o segnata dall'impellenza, tanto maggiore dovrà essere la propensione a considerare lieve l'addebito nei confronti del professionista che, pur essendosi uniformato ad una accreditata direttiva, non sia stato in grado di produrre un trattamento adeguato e abbia determinato, anzi, la negativa evoluzione della patologia*»¹⁸.

Nella sentenza in commento i giudici hanno ritenuto non integrata l'ipotesi di colpa lieve per la dott. ssa M. in considerazione del fatto che la sua condotta non è stata – in assenza di apposite *linee guida* – conforme alle “buone pratiche”¹⁹ che, in relazione

¹⁵ P. Piras, *La riforma della colpa medica nell'approvanda legge Gelli-Bianco*, relazione svolta al IX Forum permanente sulla responsabilità professionale sanitaria ad Arezzo, in *Diritto Penale Contemporaneo*, rivista on line, del 25.03.2016; G. Di Biase, *La riforma della responsabilità medica: profili di diritto penale e processuale penale*, in www.neldiritto.it, 2017.

¹⁶ Cass. Sez. IV, 11 maggio 2016 – 6 giugno 2016 n. 23283, Pres. Blaiotta, Est. Montagni annotata da C. Cupelli, *La colpa lieve del medico tra imperizia, imprudenza e negligenza: il passo avanti della Cassazione (e i rischi della riforma alle porte)*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 2016.

¹⁷ M. B. Lanzavecchia, *L'evoluzione giurisprudenziale sul “grado della colpa” in materia di responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria*, reperibile presso www.academia.edu.

¹⁸ Si veda sul punto anche la già richiamata Cass. Sez. IV, 29 gennaio 2013 - 9 aprile 2013, n. 16237.

¹⁹ Così come affermato in diverse occasioni dalla corte di legittimità, qualora manchino linee-guida o

alle concrete circostanze della vicenda e tenuto conto della specifica competenza professionale dell'imputata, avrebbero dovuto imporre, secondo i già citati criteri della diagnosi differenziale, gli ulteriori accertamenti diagnostici indicati anche dai periti. La sua condotta è risultata talmente divergente rispetto a quella che si sarebbe dovuta tenere, da non consentire un rimprovero per mera colpa lieve.

...E quel che d'ora in poi sarà

A questo quadro di parziale conflitto tra chi si è mostrato *pro* e chi *contra* la novella della legge Balduzzi, si va aggiungendo un ulteriore pezzo del puzzle rappresentato dalla neo approvata legge Gelli-Bianco²⁰, contenente *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*. All'art. 6 la suddetta legge contiene una disposizione che introduce l'art. 590-*sexies* nell'odierno codice penale rubricato *“Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario”* e secondo il quale *«Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma»*.

Qualora l'evento si è verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto”.

In maniera più che condivisibile il nuovo art. 590-*sexies* pone per così dire la parola fine all'annosa questione dell'individuazione delle linee guida cui il sanitario debba attenersi affinché possa andare esente da responsabilità e che di conseguenza troveranno ingresso nell'intricato mondo dell'accertamento della colpa in sede penale. Troviamo conferma di ciò nel riferimento fatto al secondo comma alle linee guida *«definite e pubblicate ai sensi di legge»* che rinvia ad altra disposizione del medesimo articolato normativo – art. 5 – ossia quelle *«...elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali»*. Con l'ulteriore precisazione che, ai fini della predetta legge, le linee guida andranno inserite in apposito Sistema nazionale identificato con l'acronimo SNLG, nonché pubblicate nel sito internet dell'istituto superiore della sanità. Numerosi gli autori che avevano manifestato le loro perplessità sull'evidente *deficit* di determinatezza che permea la materia delle *guidelines* e che invece rappresenta istanza fondamentale dell'ordinamento penale²¹. La questione che si è posta attiene alla possibilità di inquadrare le linee guida nell'ambito delle fonti della colpa specifica, ma anche qualora le si considerasse un sapere scientifico affidabile e codificato, indispensabile in sede processuale, l'istituto incontrerebbe vistosi limiti applicativi: basti

protocolli specifici, soccorrono le cd. *“best practice”* metodologica consolidata.

²⁰ Testo unificato della proposta di legge n. 259-262-1312-1324-1581-1769-1902-2155-B approvato lo scorso 28 febbraio dalla Camera dei deputati.

²¹ C. Brusco, *Linee guida, protocolli e regole deontologiche. Le modifiche introdotte dal c.d. decreto Balduzzi*, www.dirittopenalecontemporaneo.it, 23 settembre 2013; A. Vallini, A. Panti, G. Forti, C. Brusco, V. Valignani, *“Decreto Balduzzi” e responsabilità del medico: un traguardo raggiunto o un quadro in movimento?* in *Diritto Penale e Processo*, 2015, 735 ss.

pensare alla mancanza di una conoscenza scientifica settoriale dei giudici. Come efficacemente sostenuto in dottrina²², la legge Balduzzi rischiava di rappresentare un “ossimoro giuridico” ove, se da un lato la disciplina ivi introdotta aspirava a una valorizzazione del sapere scientifico cristallizzato per sopperire al suddetto deficit di tassatività della materia, dall'altro lato rischiava di estendere in maniera intollerabile i margini di discrezionalità interpretativa dei giudici, alle prese con l'eccessiva flessibilità delle linee guida. Nonostante la chiara intenzione del legislatore di porre fine alla diatriba dottrina e giurisprudenziale, anche la formulazione dell'appena introdotto art. 590-sexies pare presentare profili di dubbia applicabilità pratica²³.

Accanto a questa volontà di soddisfare un'esigenza pratica molto sentita, il *novum* legislativo ha, oltre a eliminare l'iniziale distinzione tra colpa lieve e colpa grave²⁴, definitivamente sposato il maggioritario orientamento giurisprudenziale che collocava tra le possibili condotte non punibili solo quelle che, pur attenendosi a quanto impartito da linee guida e buone pratiche accreditate, risultassero imperite²⁵.

La disciplina, così formulata, è uscita “indenne” dagli emendamenti presentati in sede di discussione al Senato e volti a reintrodurre, accanto al canone dell'imperizia, le categorie della negligenza e dell'imprudenza²⁶.

Conclusioni che non concludono

Il diritto penale è chiamato a giocare una partita ardua nell'ambito dei profili di responsabilità dei sanitari, settore in cui “contrapposti” interessi militano affinché le rispettive ragioni trovino accoglimento e soddisfazione. Se da un lato l'esercente la professione sanitaria invoca un maggior grado di chiarezza circa i limiti di quel che possa considerarsi condotta pienamente conforme ai paradigmi di liceità, dall'altro lato il paziente e, nella più odiosa delle ipotesi, i familiari del defunto fanno appello affinché una potenziale condotta illecita venga perseguita e punita. Vi è da aggiungere la particolare circostanza che le dinamiche medico-paziente muovono i loro passi nell'ambito dell'ormai sfuggente concetto di “fiducia” e il fallimento terapeutico non viola solamente l'obbligo contrattuale di mezzo (e mai di risultato), ma innesca altresì

²² L. Riscato, *Colpa medica “lieve” e “grave” dopo la legge Balduzzi: lo iato tra terapia ideale e reale come parametro di graduazione della responsabilità del sanitario*, in *Giur. It.*, gennaio 2014.

²³ Per un primo esame della neo riformulata causa di non punibilità si veda P. Piras, *Imperitia sine culpa non datur. A proposito del nuovo art. 590 sexies cp*, in *Diritto penale contemporaneo*, 1 marzo 2017.

²⁴ Ciò rappresenta il frutto di una modifica intervenuta sull'iniziale progetto di legge che, sulla scia della legge Balduzzi, manteneva intatta la distinzione tra colpa lieve e colpa grave ai fini del giudizio di non punibilità. Nella sua originaria formulazione il testo prevedeva quanto segue: «Art. 590-ter *Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario* – L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave.

Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salvo le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge».

²⁵ Il legislatore ha, in tal senso, fatto propria la tesi sostenuta da quella parte della giurisprudenza di legittimità che limitava l'ambito di operatività dell'art. 3 legge Balduzzi alla sola imperizia e non anche alle ipotesi di negligenza e imprudenza.

²⁶ Senato della Repubblica, XVII Legislatura, Fascicolo Iter DDL S. 2224, Commissione permanente (Igiene e sanità) – Seduta n. 348 (pom.) del 17.05.2016, emendamenti 6.3 e 6.5.

una serie di dinamiche sociali, solo latamente giuridiche, di cui gli operatori del diritto si fanno rappresentati indiretti²⁷.

La molteplicità delle tematiche affrontate nella sentenza in commento mostra come la materia possa arricchirsi di insidie e porre costantemente in forte difficoltà il giudice chiamato a pronunciarsi, che si tratti di giudizio di merito o del successivo vaglio di legittimità.

Per le ragioni suesposte appare inevitabile un approccio casistico alla materia, ma ciò paga talvolta il prezzo di un rischioso rinvio alla discrezionalità dell'organo giudicante, chiamato a districarsi con una materia connotata da imprescindibili difficoltà tecniche.

La scelta di politica criminale impressa con le recenti modifiche legislative evidenzia una chiara volontà di apertura al dialogo fra il legislatore e il campo dell'empiria, sicché le istanze di medici e pazienti cui si faceva cenno inizialmente sembrerebbero per tal via destinate a una graduale compenetrazione, seppur nella consapevolezza che la materia è in continuo divenire e che l'impegno a tale scambio di *feedback* dovrà essere costante, perché per misurare la reale bontà di una riforma è indispensabile un periodo di osservazione degli effetti che ne conseguiranno.

²⁷ Si veda sul punto, O. Quick, *Outing medical errors: questions of trust and responsibility*, Medical Law Review, 2006.

Cultura giuridica e diritto vivente

Direttivo

Direzione scientifica

Direttore: Lanfranco Ferroni

Co-direttori: Giuseppe Giliberti, Luigi Mari, Lucio Monaco.

Direttore responsabile

Valerio Varesi

Consiglio scientifico

Luigi Alfieri, Jean Andreau, Franco Angeloni, Andrea Azzaro, Antonio Blanc Altemir, Alessandro Bondi, Licia Califano, Alberto Clini, Maria Aránzazu Calzada Gonzáles, Piera Campanella, Antonio Cantaro, Maria Grazia Coppetta, Francesco Paolo Casavola, Lucio De Giovanni, Laura Di Bona, Carla Faralli, Fatima Farina, Vincenzo Ferrari, Andrea Giussani, Matteo Gnes, Guido Guidi, Giovanni Luchetti, Realino Marra, Guido Maggioni, Paolo Morozzo Della Rocca, Paolo Pascucci, Susi Pelotti, Aldo Petrucci, Paolo Polidori, Orlando Roselli, Eduardo Roza Acuña, Elisabetta Righini, Thomas Tassani, Patrick Vlacic, Umberto Vincenti.

Coordinamento editoriale

Marina Frunzio, M. Paola Mittica.

redazioneculturagiuridica@uniurb.it

Redazione

Luciano Angelini, Chiara Lazzari, Massimo Rubechi.

Collaborano con *Cultura giuridica e diritto vivente*

Giovanni Adezati, Athanasia Andriopoulou, Cecilia Ascani, Chiara Battaglini, Alice Biagiotti, Chiara Bigotti, Roberta Bonini, Darjn Costa, Marica De Angelis, Giacomo De Cristofaro, Elisa De Mattia, Luca Di Majo, Alberto Fabbri, Francesca Ferroni, Valentina Fiorillo, Chiara Gabrielli, Federico Losurdo, Matteo Marchini, Marilisa Mazza, Maria Morello, Massimiliano Orazi, Natalia Paci, Valeria Pierfelici, Ilaria Pretelli, Edoardo A. Rossi, Francesca Stradini, Desirée Teobaldelli, Matteo Timiani, Giulio Vanacore, Giordano Fabbri Varliero.

Cultura giuridica e diritto vivente è espressione del Dipartimento di Giurisprudenza (DiGiur) dell'Università di Urbino. Lo sviluppo e la manutenzione di questa installazione di OJS sono forniti da UniURB Open Journals, gestito dal Servizio Sistema Bibliotecario di Ateneo. **ISSN 2384-8901**



Eccetto dove diversamente specificato, i contenuti di questo sito sono rilasciati con Licenza [Creative Commons Attribuzione 4.0 Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).
